

Youth Enrichment Program 2022-2023

SITE INFORMATION

Education and Community Services
7400 W 24th Ave.
Hialeah, FL 33016



Afterschool:

Hours: 2:30 p.m. to 5:30 p.m.
Days of the Weeks in Care: Monday - Friday

Meals served while in care: Snack

Summer:

Hours: 8:00 a.m. to 2:00 p.m.
Days of the Weeks in Care: Monday - Thursday

Meals served while in care: Breakfast and Lunch

Este manual contiene información pertinente sobre STEP Ahead que se ofrece a través del Departamento de Educación y la Comunidad Los Servicios de Hialeah. Por favor, utilice esta lista para asegurarse de que ha recibido y ha presentado toda la documentación necesaria para el registro.

Al registrar a un niño, los padres recibirán un paquete de inscripción que incluye:

- Formularios de Inscripción
- Manual del Programa, el cual contiene:
 - Información sobre el Programa
 - Políticas y Procedimientos, incluyendo Políticas sobre Asistencia Disciplina
 - Información sobre el Sitio
- Normas Disciplinarias

Para completar el proceso de inscripción del niño, los padres deben presentar los siguientes documentos:
(Verifique los siguientes puntos.)

- ___ Formularios de Inscripción
- ___ Copia del Certificado de Nacimiento o pasaporte
- ___ Foto Actual del Niño(a)
- ___ Prueba de Residencia – Recibo de Pago de Utilidades
- ___ Última Reporte de Calificaciones
- ___ Últimos cuatro dígitos del Social
- ___ IEP - Plan de Educación Individualizado

**Para uso exclusivo del personal
REGISTRATION FEE:**

After School Receipt #

Summer Receipt #

Por favor firme a continuación para completar esta inscripción:

Nombre del Niño(a): _____

Yo, _____, he recibido el Manual del Programa STEP Ahead y las Políticas y
Parent/Guardian

Procedimientos del mismo, incluidas las políticas de disciplina y asistencia, y he presentado toda la información
requerida.

Parent/Guardians' Signature: _____ Date: _____

Nombre del empleado: _____ Date: _____

(PRINT)



ATTACH
CURRENT
PHOTO
Of
STUDENT

Programa de Enriquecimiento de la Juventud 2022-2023

INFORMACION SOBRE EL MENOR

ECS STAFF: Registration date _____

TCT # _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____
 Dirección: Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de la casa: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: M / F

Origen : Hispano Haitiano Otro, por favor explique _____

Raza del menor: Nativo Americano / Nativo de Alaska Asiático Negro / Afroamericano

Multiracial Originario de las islas del Pacífico Blanco Otro, por favor explique _____

¿El niño(a) es competente en inglés? Sí No

Otros idiomas que se hablan en el hogar: Inglés Español Haitiano-Creole Otro _____ Ninguno

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social del menor _____ No SSN Preferido no dar SSN

ID de MDCPS _____ No MDCPS ID Preferido no dar el MDCPS ID

Escuela actual del menor: _____ **Grado (durante el año 2021-22):** _____

ECS STAFF: Verified Proof of Grade (Report card, Letter, other)

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

CUSTODIA (Cuidador principal) Madre Padre Madre y Padre Otro _____

¿Vive el menor con un guardián legal distinto de la madre o el padre? Sí No

Contacto Primario Padre/Madre o Guardián Legal Correo electrónico: _____

Nombre: Sr. Sra. _____ Teléfono de la Casa: _____

Dirección: _____ Teléfono Celular/Teléfono del trabajo: _____

Contacto Secundario Padre/Madre o Guardián Legal Correo electrónico: _____

Nombre: Sr. Sra. _____ Teléfono de la Casa: _____

Dirección: _____ Teléfono Celular/Empleador: _____

(Usted podría ser contactado por The Children's Trust con fines de mejorar la calidad de nuestros programas)

Número de niños que viven en el hogar (incluyendo niños participantes): _____

Es el participante un niño de una familia militar? Sí No

(Un miembro de la familia del niño puede ser: 1) un miembro en servicio activo de los servicios uniformados, 2) un miembro de la Guardia Nacional o la Reserva, y 3) un miembro o veterano que fue herido de gravedad y alta médica o jubilado, o 4) un miembro muerto en acto de servicio.)

Trabajo de campo migrante: Yes No

Sistema de dependencia: Yes No

Sistema de delincuencia: Yes No

Personas para contactar en emergencias (Si no es posible localizar a los padres o guardián, por favor escriba el nombre de dos personas para comunicarnos con ellas en caso de una emergencia)

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono : _____

PERSONA (S) AUTORIZADA(S) PARA RETIRAR AL MENOR DESPUÉS DEL PROGRAMA

1. _____ 2. _____ 3. _____

Teléfono : _____ Teléfono : _____ Teléfono : _____

SU HIJO NO PODRA SER RETIRADO POR NINGUNA PERSONA QUE NO ESTE EN ESTA LISTA.

Nota: En caso de una emergencia, por lo menos un padre, guardián, o persona indicada como contacto de emergencia, debe de estar disponible para llegar y responder al sitio del programa a no más tardar de 15 minutos. La persona indicada a responder a la emergencia debe de estar autorizada de tomar una decisión de emergencia médica de parte del menor.

La Ciudad de Hialeah recibe fondos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) de los EE. UU. para su Beca de Desarrollo Comunitario (CDBG). Los fondos recibidos de esta subvención permiten a la Ciudad de Hialeah proporcionar programas de enriquecimiento que benefician a personas de ingresos muy bajos, bajos y moderados. Para propósitos de reporte por favor proporcione la siguiente información:

1. **¿Cuántas personas viven en tu hogar?** _____

Para determinar el tamaño de su hogar, incluya:

- 1. usted mismo (y su cónyuge);*
- 2. la cantidad de niños que reciben más de la mitad de su apoyo de usted*
- 3. la cantidad de personas (no sus hijos o cónyuge) que viven con usted y reciben más de la mitad de su apoyo de usted*

2. **¿Ingreso familiar anual?** _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Le otorgo permiso al personal de este servicio a comunicarse con el siguiente personal médico de emergencia para obtener atención médica si es necesario.

Médico: _____ Dirección _____ Teléfono _____

Médico: _____ Dirección _____ Teléfono _____

Hospital Preferido:

¿Su hijo (a) tiene seguro médico (seguro privado, KidCare, Medicaid)? Sí No

Si Ud. está interesado(a) en otros servicios financiados por The Children's Trust o necesita ayuda para encontrar una cobertura económica, por favor llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org

¿Su hijo (a) tiene alguna **alergia** (ej., comida, medicina)? Si No Por favor explique _____

¿Su hijo (a) tiene alguna **condición médica** o **discapacidad documentada** ? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor explique y marque las casillas correspondientes _____

Si la respuesta es sí, cómo la calificaría usted?(marque las casillas correspondientes)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desórdenes del espectro autista | <input type="checkbox"/> Dificultad de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica
(diabetes, asma severa, convulsiones , epilepsia) | <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Impedimento de lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Desorden emocional y/o del comportamiento
(ADD / ADHD / OCD / PTSD) | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual (o ceguera) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades auditivas (o sordera) | <input type="checkbox"/> Discapacidades Intelectuales (o RM) |
| <input type="checkbox"/> Otra documentación _____ | |

Nota: Si "asma" es seleccionada como una enfermedad crónica, favor de seleccionar : Agudo o Alergias Temporales

Si la respuesta es sí marque las casillas correspondientes

- Plan de Educación Individualizada del sistema escolar (Individualized Education Plan IEP)
- Plan Sección 504 (Section 504 Plan)
- Diagnóstico médico
- Diagnóstico de un profesional con licencia o certificado por el estado (ex., psicólogo/a)
- Información provista por el padre/madre o guardián legal describiendo la condición específica del menor y/o la necesidad de adaptaciones relacionadas a la discapacidad

Por favor haga una lista de las necesidades médicas especiales o dietéticas, u información práctica sobre el niño(a):

Queremos conocer mejor a su hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Por favor, díganos más acerca de su niño(a)...

¿Cuáles son las principales formas en que se comunica su hijo(a)? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Habla y se le entiende fácilmente | <input type="checkbox"/> Habla, pero es difícil entenderle |
| <input type="checkbox"/> Usa lenguaje de señas | <input type="checkbox"/> Usa dibujos o una pizarra para comunicarse |
| <input type="checkbox"/> Usa gestos como señalar, hablar o parpadear | <input type="checkbox"/> Usa sonidos que no son palabras, como gruñidos |

¿Qué ayuda recibe su hijo(a) en este momento, si alguna? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Terapia de habla/lenguaje | <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional (OT) |
| <input type="checkbox"/> Terapia física (PT) | <input type="checkbox"/> Medicación diaria (no incluye vitaminas) |
| <input type="checkbox"/> Servicios de educación especial en la escuela | <input type="checkbox"/> Terapia o servicios de conducta |
| <input type="checkbox"/> Consejería para problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Ninguna |

¿Qué condiciones tiene su hijo(a) que se espera duren un año o más? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad o impedimento físico | <input type="checkbox"/> Condición médica o enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo (solo si es menor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje (si está en edad escolar) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva o sordera | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual o ceguera |
| <input type="checkbox"/> Condición del habla o del lenguaje | <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista |
| <input type="checkbox"/> Problemas de atención o hiperactividad (ADHD) | <input type="checkbox"/> Problemas de depresión o ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Problemas de agresividad o de temperamento | <input type="checkbox"/> Discapacidades Intelectuales (o RM) |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores | |

Si marcó "Ninguna de las anteriores" en la pregunta anterior, omita las siguientes dos preguntas y firme la forma al final. Si marcó cualquier otra respuesta, por favor conteste las preguntas restantes y firme la forma.

¿Algunas de las condiciones marcadas arriba hacen que sea más difícil para su hijo(a) realizar cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer? Sí No

Para respaldar la participación exitosa de su hijo(a) en este programa, ¿en qué áreas podría necesitar ayuda adicional?

- No necesita ayuda específica
- Sostener un crayón/lápiz, escribir, usar tijeras u otras tareas motoras finas
- Deportes o actividades físicas tales como correr u otras tareas motoras gruesas
- Controlar los sentimientos y la conducta
- Actividades académicas, de aprendizaje o de lectura
- Adaptar las actividades para tener en cuenta una discapacidad visual o auditiva
- Usar dispositivo(s) de asistencia como una silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador
- Servicios personales como ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa
- Otro _____

**Si está interesado(a) en otros servicios financiados por TheChildren's Trust,
Por favor llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org**

Nadie conoce a su hijo mejor que usted. Cuéntenos más sobre tu hijo.

Cuando el niño se agita, es probable que muestre: (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sin comportamiento | <input type="checkbox"/> Agresion verbal |
| <input type="checkbox"/> Se apeg a los adultos | <input type="checkbox"/> Retraído/tímido |
| <input type="checkbox"/> Deambula/se escapa | <input type="checkbox"/> Comportamiento auto agresivo |
| <input type="checkbox"/> Agresión física | <input type="checkbox"/> Rabieta |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

¿Qué podría desencadenar el comportamiento negativo del hijo(a)? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Exceso de emoción | <input type="checkbox"/> Multitudes |
| <input type="checkbox"/> Ruidos | <input type="checkbox"/> Alimentos |
| <input type="checkbox"/> Texturas | <input type="checkbox"/> Temperatura |
| <input type="checkbox"/> Luces | <input type="checkbox"/> Toque |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Seguridad	SÍ	NO	Necesita asistencia	Comentarios
¿Se queda con el grupo?				
¿Puede ser responsables de sus pertenencias?				
¿Sabe nadar?				
Requisito de cuidado personal	SÍ	NO	Necesita asistencia	Comentarios
¿Usa el baño de forma independiente?				
¿Come de forma independiente?				
¿Puede vestirse de forma independiente?				
Movilidad	SÍ	NO	Necesita asistencia	Comentarios
¿Puede caminar de forma independiente?				
Si usa una silla de ruedas, ¿necesita ayuda para trasladarse?				
¿Usa algún equipo de adaptación?				

TRANSPORTACIÓN

- Yo autorizo** a la Ciudad de Hialeah a transportar al participante desde y hasta el programa/eventos/excursiones que esté patrocinado y aprobado por el Programa de Enriquecimiento Juvenil.
- Yo no autorizo** a la Ciudad de Hialeah a transportar al participante desde y hasta el programa/eventos/excursiones que esté patrocinado y aprobado por el Programa de Enriquecimiento Juvenil.

TRANSPORTE A STEP AHEAD

El transporte al programa después de la escuela será organizado por las siguientes escuelas públicas del condado de Miami-Dade:

- Hialeah Senior High School
- Hialeah-Miami Lakes Senior High School
- Barbara Goleman Senior High School
- Hialeah Gardens Senior High School

Es su responsabilidad el completar la **SOLICITUD PARA PARADA DE TRANSPORTE ALTERNO PARA ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN ESPECIAL** y entregar a la escuela del estudiante.

***Si su hijo/a asiste a American Senior High, NO es necesario que envíe este formulario a la escuela, nosotros organizaremos el transporte al programa después de la escuela.**

TRANSPORTE A CASA

Se brindará transporte gratuito para los estudiantes que viven en Hialeah, Hialeah Gardens, Miami Lakes y Miami Gardens. Si desea que el estudiante use el transporte a casa, indíquelo a continuación:

- Si
 No

Si la respuesta es no, indique a continuación cómo se irá a casa el estudiante:

- Sera recogido(a) por los padres
- STS
- Otro: _____

Dirección de entrega:

Instrucciones de entrega:

- Un adulto estará presente para recibir al estudiante cuando el autobús lo deje.
- Autorizo al estudiante a caminar de forma independiente adentro de la casa. Un adulto **no** estará presente para recibir al estudiante cuando el autobús lo deje.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN _____ **FECHA** _____



AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIA/VIDEO

Yo, _____, el padre o guardián del niño/a _____ autorizo y doy por este medio consentimiento a los proveedores de servicios y al personal de El Fidecomiso de los Niños (The Children's Trust) del condado Miami-Dade como sigue:

Yo por la presente:

Otorgo permiso y autorizo - o - **No otorgo permiso ni autorizo**

al personal de El Fidecomiso de los Niños del condado Miami-Dade a tomar y a usar fotografías corrientes, fotografías digitales, películas, transmisiones de televisión, y/o a hacer grabaciones de mí, de mis niños, o de mis estancias con fines educativos, de investigación, documentales, y con el propósito de relaciones públicas.

Firma del Padre o Guardián

Fecha

Cualquier grabación puede revelar su identidad a través de la imagen por sí misma, sin esperar ninguna remuneración para usted, sus niños o sus estancias.

Cualquiera y todas las grabaciones tomadas de usted serán sólo propiedad del Fideicomiso de Los Niños.

Con respecto al uso de cualquier grabación tomada de usted, de sus niños o de sus estancias, renuncia por este medio a cualesquiera y a todas las demandas presentes y futuras que pueda tener contra El Fidecomiso de Los Niños, su personal, los proveedores de servicios, empleados, agentes afiliados y miembros de La Junta Directiva.

3150 SW 3rd Avenue, 8th Floor • Miami, FL 33129
(305) 571-5700 • Fax: (305) 571-5716
www.thechildrenstrust.org

SOLICITUD PARA QUE UN MENOR PARTICIPE EN LOS PROGRAMAS Y EVENTOS PATROCINADOS O APROBADOS POR LA CIUDAD DE HIALEAH Y CONVENIO DE RENUNCIA A RECLAMACIONES

PARTICIPACIÓN: Por medio del presente documento doy permiso para que el participante nombrado en este formulario participe en el programa después del horario escolar *Un Paso Adelante (STEP Ahead)*, ofrecido por la Ciudad de Hialeah, desde el _____ hasta el _____. Mi permiso entrará en vigor una vez yo firme esta Solicitud/Convenio de Renuncia a Reclamaciones. He dado instrucciones al participante para que obedezca, en todo momento, todas las instrucciones, órdenes y directrices dadas por los representantes autorizados de la Ciudad de Hialeah o sus personas designadas. Autorizo además a la Ciudad de Hialeah para que filmen y/o fotografíen al participante en dicho programa o evento con fines de promoción del mismo.

RENUNCIA A RECLAMACIONES: Yo, el abajo firmante, a nombre propio y del participante, renuncio a demandar y descargo perdurablemente a la Ciudad de Hialeah, a sus Funcionarios, Agentes, Empleados, Consejeros, Voluntarios y a sus sucesores y personas designadas (todas las cuales constituyen las partes eximidas) de todo tipo de responsabilidades, reclamaciones, acciones, daños, costos o gastos que el participante pueda tener contra las partes eximidas como consecuencia de la participación en el programa o evento patrocinado o aprobado por la Ciudad de Hialeah, o de alguna manera en relación con dicha participación en el mismo, incluyendo el viaje hacia y desde dicho programa o evento, e incluyendo lesiones o daños a personas o propiedades, o que ocasionen el fallecimiento del participante, ya sea por **NEGLIGENCIA** de las partes exoneradas o por otro motivo.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO: Doy permiso para que el médico o el personal médico designados por la Ciudad de Hialeah puedan llevar a cabo cualquier tratamiento médico menor que se considere necesario, o para que mi hijo sea llevado para ser atendido en la sala de emergencias del hospital más cercano, en caso necesario. Yo, el abajo firmante, soy el padre o acudiente del menor de edad arriba mencionado. He leído y entiendo plenamente las estipulaciones de esta Solicitud/Convenio de Renuncia a Reclamaciones y se las he explicado a dicho menor. Por el presente documento acepto que el menor y yo nos ceñiremos a lo aquí acordado. Entiendo que, a fin de brindar el tratamiento médico necesario a mi hijo, puede haber un intercambio o una divulgación de información confidencial o protegida de salud entre proveedores médicos y la Ciudad de Hialeah. Autorizo a la Ciudad de Hialeah a intercambiar o divulgar la información confidencial o protegida de salud de mi hijo con tales proveedores médicos, así como con The Children's Trust. Además, entiendo que la Ciudad de Hialeah protegerá la información confidencial o protegida de salud de mi hijo y cumplirá con las leyes federales y estatales vigentes al no revelar tal información a terceros que no necesiten conocerla. Bajo juramento, declaro que he leído esta Solicitud/Convenio de Renuncia a Reclamaciones y que los hechos aquí declarados son ciertos.

Toda información ofrecida en esta aplicación es correcta, además he recibido del departamento de ECS el folleto para padres y la póliza disciplinaria del programa. Yo también autorizo el envío de esta información a The Children's Trust para fines de seguimiento y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona financiación para el programa.

Firma de Padres / Guardián Legal

Fecha

TO BE COMPLETED BY ECS STAFF:

Verified By: _____ Date: _____ Proof of Address: _____
Documentation Provided

Original to Site: _____ Enrollment Date: _____



El programa después del horario escolar/verano Un Paso Adelante (*STEP Ahead*) de la ciudad de Hialeah está financiado en parte por El Fideicomiso de los Niños (The Children's Trust). El Fideicomiso de los Niños es una fuente de financiación, creada por los votantes en referéndum para mejorar la vida de los niños y las familias en Miami-Dade.

